

Diferencias regionales en la mortalidad urbana asociada a la nutrición en la España contemporánea (1900-1974).

Isabel Castelló Botía¹, José Aurelio Pina²

¹Departamento de Enfermería Comunitaria, Salud Pública, Medicina Preventiva e Historia de la Ciencia.

Universidad de Alicante

² Unidad de Investigación de Análisis de la Mortalidad y Estadísticas Sanitarias, Universidad de Alicante.

Borrador de trabajo (resultados preliminares, se ruega no citar)

Abstract

A lo largo del siglo XX, la población española fue consolidando su proceso de transición demográfica y nutricional. A medida que fue avanzando el siglo, las causas de mortalidad asociadas a nutrición de la población urbana fueron variando desde muertes por desnutrición y enfermedades infecciosas transmitidas por agua y alimentos (diarrea, clorosis, avitaminosis, fiebre tifoidea) en una primera etapa del siglo y en la etapa de la posguerra, hasta muertes asociadas a malnutrición en exceso (diabetes, obesidad).

A través del análisis de los datos de mortalidad por causas de muerte del Movimiento Natural de la Población del Instituto Nacional de Estadística desde 1900 hasta 1974 se expondrán las diferencias regionales en la mortalidad urbana asociada a malnutrición. Además se podrá observar la influencia de las distintas dietas de España (mediterránea, meseta central y norte) sobre la salud de la población.

Introducción

El trabajo se enmarca dentro el proyecto de investigación “Los condicionantes histórico-sanitarios de la transición nutricional española (1874-1975)”. A través de dicho proyecto se pretende analizar, entre otros objetivos, las dimensiones epidemiológicas de la desnutrición que padeció la población española hasta las décadas centrales del siglo XX y su evolución, más concretamente, la mortalidad por causas asociadas a la desnutrición y alimentación. Con ello se pretendió profundizar en el análisis de los problemas de desnutrición y escasa higiene que mostraba la población española durante la época de pretransición y transición nutricional.

Durante el siglo XX, la alimentación española sufrió múltiples cambios influenciados tanto desde el punto de vista económico, político, social y cultural que arrastraron la nutrición de los españoles a la, al parecer, irremediable, transición nutricional y alimentaria que experimentaron o experimentarán el resto de países del mundo.

El comienzo de siglo, hasta la llegada de los años 20, supuso una prolongación de la situación de atraso que vivía España una vez abandonado el Antiguo Régimen. La población practicaba una alimentación media muy alejada del tipo higiénico, especialmente en las clases más desfavorecidas. Así, el estado de salud, como ocurría con otras regiones europeas, mostraba una alta prevalencia de enfermedades infecciosas y un estado de desnutrición crónica. Los cambios comenzaron a percibirse en los años 20 y 30, pero los problemas de malnutrición crónica que afectaban a amplios sectores de la

población española no se resolvieron hasta que no concluyeron la Guerra Civil (1936-1939) y la posguerra¹.

A finales de la década de 1940, se describía un panorama nutricional marcado por un bajo aporte calórico, un aporte de proteínas dominado por las proteínas vegetales, y déficit de calcio y de vitaminas A y B₂. Entre los años 1956-1961 se realizaron estudios sobre la alimentación española desde la Escuela de Bromatología. Los resultados de aquellas investigaciones, ponían de manifiesto que un 10% de la población sufría un aporte calórico insuficiente, mientras que un 40% consumía un exceso de calorías.

En las décadas centrales del siglo XX se publicaron diversos trabajos que analizaban las causas de mortalidad, destacando los realizados por Marcelino Pascua desde el Departamento de Estadísticas Sanitarias de la Dirección General de Sanidad, o los que publicó en su etapa como director adjunto de estadísticas sanitarias de la OMS². Dichos trabajos situaban a nuestro país como uno de los países europeos con mayor tasa de mortalidad, sobretudo en las enfermedades transmisibles. Estas enfermedades comenzaban a aparecer ante la opinión pública como enfermedades evitables y su alta prevalencia se achacaba al atraso de nuestra administración sanitaria. Durante el quinquenio 1906-1910, España mostró una mayor incidencia de fiebre tifoidea, septicemia puerperal y viruela que en Francia, Alemania, Inglaterra e Italia³.

La mortalidad durante las décadas de los 50 y 60 relacionadas con causas nutricionales se estabilizó de manera notoria debido a la mejora en la alimentación del país. El elevado número de muertes por causas carenciales y enfermedades infectocontagiosas se desplazaron para dar paso a la prevalencia de muertes por enfermedades crónicas entre las que destacamos la diabetes como una de las más

predominantes por causa nutricional. La diarrea continuó siendo una muerte prevalente entre la población infantil.

En la década de 1970 se habían superado los problemas asociados a la desnutrición, la población española cubría satisfactoriamente los requerimientos de energía, proteínas y de la mayor parte de micronutrientes, con un adecuado perfil calórico. Sin embargo, unos años después, el panorama nutricional ya estaba marcado por la ingesta de un exceso de calorías, azúcares y grasas en la alimentación, y se empezaba a visualizar la epidemia de obesidad en España.

Entre 1940 y 1980⁴ se habría pasado de una importante presencia de carencias alimentarias en la posguerra, con aportes proteicos insuficientes y graves déficits en calcio, hierro y vitaminas A y B₂, a un panorama nutricional que, en la década de 1980, estaba marcado por la ingesta de un exceso de calorías, azúcares y grasas en la alimentación. La dieta hipercalórica se había convertido en un problema sanitario. El panorama todavía empeoraba más al considerar la aparición de formas de vida más sedentarias y con menores necesidades calóricas, mientras la ingesta calórica aumentaba a expensas de los hidratos de carbono simples, y repercutía en un aumento de la obesidad y de la diabetes. Las calorías de la dieta media se habrían incrementado en un 10% desde 1965 a 1979, y el consumo de grasas en un 20%, sobre todo saturadas, debido al aumento en el consumo de carnes.

Durante las décadas finales del siglo XX, todas aquellas tendencias dietéticas se agravaron y se caracterizaron por un consumo elevado de grasas, un incremento del consumo diario de carne y un consumo importante de frutas que se compaginaba con un descenso del de verduras. El ejercicio físico que realizaba la población española se situaba por debajo de la media europea, y la obesidad y el sobrepeso, muy relacionados con el sedentarismo, empezaban a

mostrar cifras alarmantes⁴. En 1991, las grasas ya aportaban el 42% de la energía, la misma proporción que los hidratos de carbono. Además, destacaba el excesivo peso de las proteínas de origen animal: 65% de los 93,5 gramos de proteína consumida por persona y día, muy por encima del 50% recomendados⁵.

Las investigaciones que analizan los factores de la nutrición tradicional en España han subrayado la importancia de tener en cuenta los avances en el conocimiento científico, cambios en la salud pública y programas de educación para la salud e higiene⁶. También se debe tener en cuenta el descubrimiento del papel de los nutrientes, valores caloríficos y procesos metabólicos, que junto con los descubrimientos de las vitaminas y minerales, consolidaron la ciencia de la nutrición en las primeras décadas del siglo XX. Todos los aspectos cualitativos de la nutrición ayudaron a relacionarla con enfermedades crónicas, calidad de vida, potencial físico e intelectual y longevidad. Así nació la nutrición comunitaria, al aunar estos conocimientos para aplicarlos en programas de prevención y promoción de la salud⁷.

Justificación

El presente estudio, nos permite analizar la relación entre los problemas nutricionales y de alimentación a lo largo del siglo XX con las muertes por causas nutricionales o de la alimentación (consumo de alimentos en mal estado, falta de higiene, abastecimientos y contaminación de aguas que darían lugar a enfermedades infectocontagiosas...).

La información aportada muestra una importante dimensión epidemiológica ya que nos aporta la evolución de la mortalidad debida a

causas nutricionales durante un largo periodo de tiempo. Además, podemos realizar un análisis diferencial por regiones y contrastar los resultados con la situación socio-económica y política de la época para conocer los factores condicionantes y cómo se podrían haber evitado.

Objetivos

Objetivo principal:

Analizar la mortalidad debida a causas nutricionales y alimentarias de las provincias y capitales de provincia españolas a lo largo de la España contemporánea (1900-1974).

Objetivos secundarios:

-Obtener las tasas brutas, con su error respectivo, de mortalidad por las diversas causas nutricionales registradas en el Movimiento Natural de la Población publicado por el Instituto Nacional de Estadística.

-Analizar las diferencias de mortalidad por causa nutricional por regiones y profundizar en el estudio de las posibles condiciones que favorecieron la aparición de estas muertes en una determinada región (condiciones higiénicas desfavorables, abastecimiento y contaminación de aguas, contaminación de alimentos, desnutrición, propensión a enfermedades por las características de la región- clima, económico, laboral,...-barreras geográficas...)

-Analizar las diferencias de mortalidad por causa nutricional por sexos en las regiones españolas.

-Comparar las tasas brutas de mortalidad entre las ciudades capitales de provincia y la provincia para contrastar la vida urbana de la rural.

Metodología:

La metodología del trabajo se ha basado, en primer lugar, en vaciar los datos de mortalidad (desagregados a nivel provincial y por capitales) recogidos en el Movimiento Natural de la Población. Para ello se han utilizado las microfichas que editó el Instituto Nacional de Estadística en 1970 y que recoge datos desde 1880. Estas microfichas recogen información sobre movimiento natural de la población donde se almacenan datos sobre nacimientos, matrimonios y defunciones. El interés del proyecto se centró, obviamente, en las defunciones. Se pudo observar cómo se recogían datos de mortalidad en función de sexo, provincia, capital de provincia, edad, causa e, incluso en ocasiones, dedicación profesional y estado social. En concreto se analizaron las defunciones, en función de sexo y provincias/capitales, agrupadas bajo los epígrafes relacionados con patología carencial (como la avitaminosis y otros estados carenciales y de desnutrición) y con el llamado “peligro alimentario” (fiebre tifoidea, diarrea y enteritis en el caso de los menores de dos años). Las variables del estudio se anexan en la Tabla 1.

Los datos recogidos permiten elaborar una base de datos con el programa estadístico SPSS. La base de datos ha intentado fidelizar al máximo posible el modelo original pero ha sido necesario adecuarlo al modelo utilizado actualmente por el Registro de Mortalidad para poder explotar los datos. De la misma manera se ha obtenido la cartografía del territorio español dividido en

provincias del Instituto Nacional de Estadística a través del enlace, en la propia página web- www.ine.es- donde se pueden encontrar los programas de PX-Map. Posteriormente, con el programa Rcommander, se trasladaron los datos de la base de SPSS para poder mapearlos adecuadamente. A continuación se procedió al análisis e interpretación de los datos.

Problemas encontrados:

a) Continuidad de las revisiones

Con el objeto de subsanar los problemas de continuidad que planteaban las sucesivas revisiones de la Clasificación Internacional de Enfermedades, se procedió a la homologación mediante tablas de equivalencias que permitieron el análisis de las series generadas. La recolección de datos en función de causas de muerte requirió un análisis minucioso en el que se tuvo en cuenta la terminología en causas de muerte de la época y los cambios que las distintas Clasificaciones Internacionales de Enfermedades fueron sufriendo a lo largo del siglo. Para realizar esto correctamente se analizaron las plantillas utilizadas en las microfichas del Movimiento Natural de la Población del Instituto Nacional de Estadística a la vez que se estudió la evolución de las distintas CIE.

Como la mayoría de enfermedades, las enfermedades nutricionales han ido cambiando su ubicación en las 10 Clasificaciones existentes. La primera clasificación agrupó a la diabetes y el escorbuto dentro del primer epígrafe de «enfermedades generales»⁷. Las segunda y tercera revisiones continuaron agrupando la diabetes y escorbuto en enfermedades generales pero también se incorporaron otras enfermedades como el beri-beri, pelagra, raquitismo. Como podemos encontrar en los múltiples estudios de mortalidad específica en

España realizados por Marcelino Pascua en los que siguió fielmente la Clasificación Internacional de Enfermedades². A partir de la cuarta clasificación, en 1941, encontramos las enfermedades nutricionales incluidas dentro del epígrafe «Enfermedades reumáticas, enfermedades de la nutrición, de las glándulas endocrinas, otras enfermedades generales y avitaminosis ». La sexta clasificación, en 1957, las agrupaba en «Enfermedades alérgicas, de las glándulas endocrinas y del metabolismo», en la que, como se puede observar, ni siquiera se hace mención a la nutrición. Es a partir de la séptima clasificación, en 1965, cuando se incorporó el término “nutrición” al grupo: «Enfermedades de las glándulas endocrinas, de la nutrición y del metabolismo». Actualmente el epígrafe que recogía las enfermedades nutricionales no ha variado desde la séptima clasificación, grupo E: «Enfermedades de las glándulas endocrinas, de la nutrición y del metabolismo», pero este grupo sí que ha sufrido diversas modificaciones internas. Tabla 6.

b) Agrupación de años según las causas:

El movimiento natural de la población presenta una enorme discontinuidad en la recogida de datos según años. En función de la causa de muerte encontramos distintos intervalos de recogida de datos. Esto dificulta el estudio de cualquier variable e incluso la comparación entre provincias y capitales ya que, en determinadas causas, son muy pocos los años en los que se recogieron datos para ambos (Tabla 7). En un principio se propuso seguir una agrupación de años que ayudara a reflejar los acontecimientos sanitarios, sociales, políticos y económicos a lo largo del siglo de manera que se pudiera

percibir la influencia de estos en la mortalidad de la población. Para ello se marcaron 4 periodos:

- 1) **De 1900 a 1920:** La España de principios de siglo que reflejaba una prolongación del atraso del Antiguo Régimen con una alimentación poco higiénica especialmente en clases desfavorecidas con prevalencia de enfermedades infecciosas y un estado de desnutrición crónica. También coincidió con la epidemia de gripe de 1918.
- 2) **De 1921 a 1936:** En este periodo comenzó un proceso de transición en políticas de salud sobre nutrición que ayudó a superar las deficiencias. En 1925 se promulgó el estatuto local y provincial y nos encontramos con los importantes avances realizados durante la 2ª República. Los principales antecedentes en relación con la institucionalización de la nutrición comunitaria española, y, más concretamente, las actividades que se generaron desde la Escuela Nacional de Sanidad de Madrid, a través de su Sección de Higiene de la Alimentación y de la Nutrición se situaron entre 1930 y 1936
- 3) **De 1937 a 1958:** La coyuntura española de la época, sin embargo, no permitió que todos estos avances tuvieran lugar ya que se vieron interrumpidos de forma negativa por el impacto de la Guerra Civil. La mortalidad de la época fue muy elevada a principios del periodo por la desnutrición y enfermedades infecciosas que sufrió la población en la época de la posguerra. A finales de periodo, el aumento de precios y la carestía de la vida impidió una mejora de la situación nutricional.

4) **De 1960 a 1974:** La sociedad española se encontraba bajo la dictadura de Franco. En esta época surgieron los avances que ya se comenzaron durante la 2ª República. La mayoría de la población española fue capaz de cubrir de forma satisfactoria los requerimientos de energía, proteínas y de la mayor parte de micronutrientes, y mostrar un perfil calórico que se ajustaba, casi perfectamente, a las recomendaciones de los organismos internacionales.

Con todo, finalmente, se optó por definir los periodos en función de la información recogida en la base de datos.

c) Causas de muerte en capitales

Las capitales recogían datos de causas de muerte de la lista abreviada (con la excepción de algunos periodos y causas; Tabla 7). En general, la lista abreviada de la CIE sólo incluía como enfermedades la fiebre tifoidea y la diarrea (menores de 2 años) por lo que el resto de causas de muerte nutricionales no presentaban mucha continuidad. A partir de 1953 las capitales volvieron a recoger muertes de fiebre tifoidea, diabetes y clorosis.

d) Discontinuidad geográfica

También se observaron problemas de continuidad en la denominación provincial y de capitales de provincia en las microfichas por lo que hubo que homologar las designaciones. Esta diferencia se observó en dos periodos: 1900 a 1928 y 1929 a 1974. Para ello se procedió a la elaboración de un listado con todas las provincias y capitales agrupando aquellas que podrían tener

varias denominaciones y asignándoles el código provincial utilizado por el Instituto Nacional de Estadística. Se procedió a la corrección de la base de datos mediante la sintaxis adecuada en el SPSS (Tabla 3-6).

A nivel de terminología geográfica, las microfichas presentaron ciertas erratas de continuidad. Las siguientes capitales se vieron modificadas en el Movimiento Natural de la Población del Instituto Nacional de Estadística de 1900 a 1901. Se trataba de modificaciones comprensibles ya que se cambió el nombre de la provincia por el nombre de la capital de provincia. En otras ocasiones simplemente se modificó en función del idioma de la región.

Ejemplos:

- Álava por Vitoria
- Balears (Illes) por Palma de Mallorca
- Canarias por Santa Cruz de Tenerife
- Guipúzcoa por San Sebastián
- Lérida por Lleida
- Navarra por Pamplona
- Bilbao por Vizcaya

En 1929, la capital denominada Canarias desde 1900 se dividió en las dos capitales de provincias Santa Cruz de Tenerife y Las Palmas.

e) Ausencia de datos poblacionales

No existían datos de población en función de sexo y provincia para cada año en el INE hasta 1975. La población en función de sexo y provincia se

obtuvo a partir de los datos censales que aparecieron por decenios en la página oficial del INE. Para proceder a obtener esa información se fue abriendo cada archivo en función de la provincia y capital de provincia para ese decenio y recogiendo la población de hecho. Los datos no presentaban ningún problema, salvo en los decenios 1930, 1950, 1960 y 1970 (tanto en provincias como capitales). Aquí aparecían los valores de población bajo las siguientes variables: Provincias, número de ayuntamientos, número de hojas censales, población de derecho, residentes (ausentes/presentes en función de sexo), transeúntes en función de sexo y población de hecho. La población de hecho no venía dividida en sexo por lo que, a partir de una hoja Excel, se sumaran los valores de residentes presentes y transeúntes para hombres y mujeres y así se obtuvieron los valores de población de hecho en función de sexo.

f) Discontinuidad en la presentación de datos

En función del año los datos se presentaban en distintos formatos. Normalmente prevalece la exposición de datos en una tabla que expone todas las provincias/capitales en el «eje y» y las diferentes causas de muerte en función de sexo en el «eje x». El otro formato que encontramos fue la exposición de tablas en función de provincias/capital (una tabla para cada provincia/capital). En el «eje y» encontramos las diferentes causas (normalmente aparecen cuando se trata de la lista abreviada de causas de muerte) y en el «eje x» el rango de edades y el sexo.

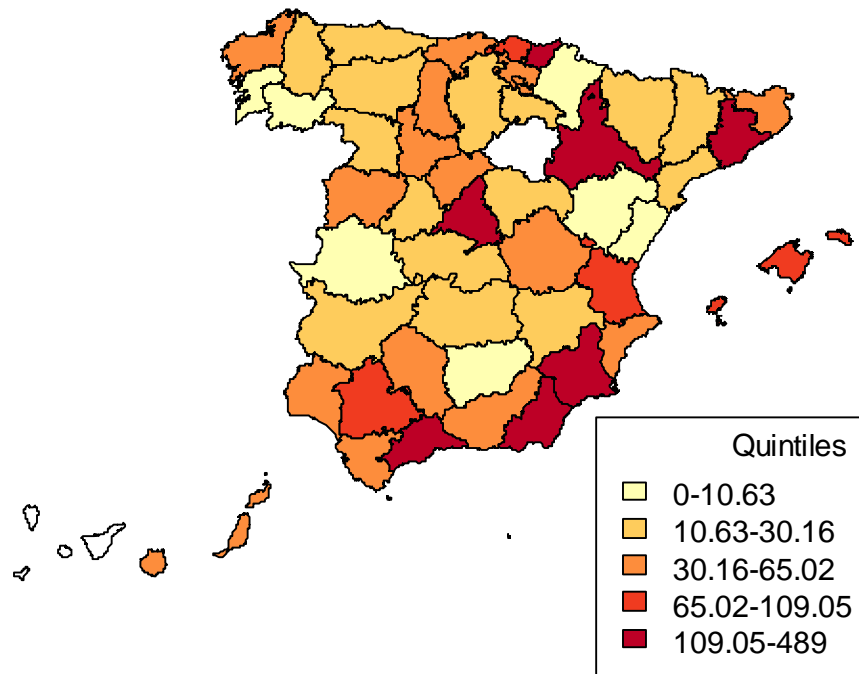
Resultados

A continuación se adjunta a modo de ejemplo y como un primer resultado de carácter preliminar, los datos referidos a mortalidad por fiebre tifoidea en las capitales de provincia y para los períodos 1900-1903, 1905-1917 y 1931-1933.

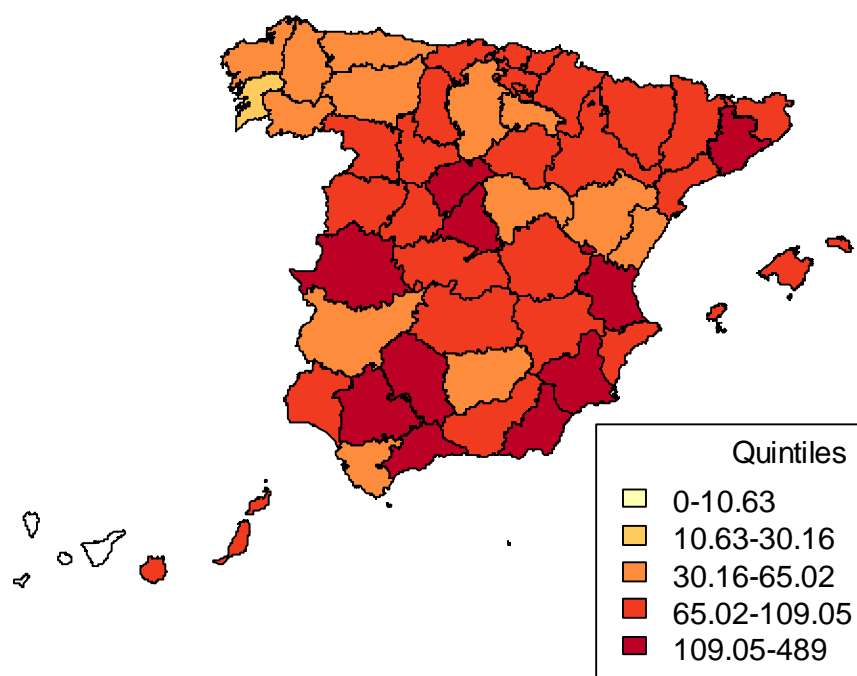
Los valores de las tasas brutas se encuentran anexados en la tabla 8.

Como resultado más destacado hay que subrayar los efectos negativos de procesos de urbanización deficientes ligados a procesos de industrialización y los déficits en el ciclo de agua.

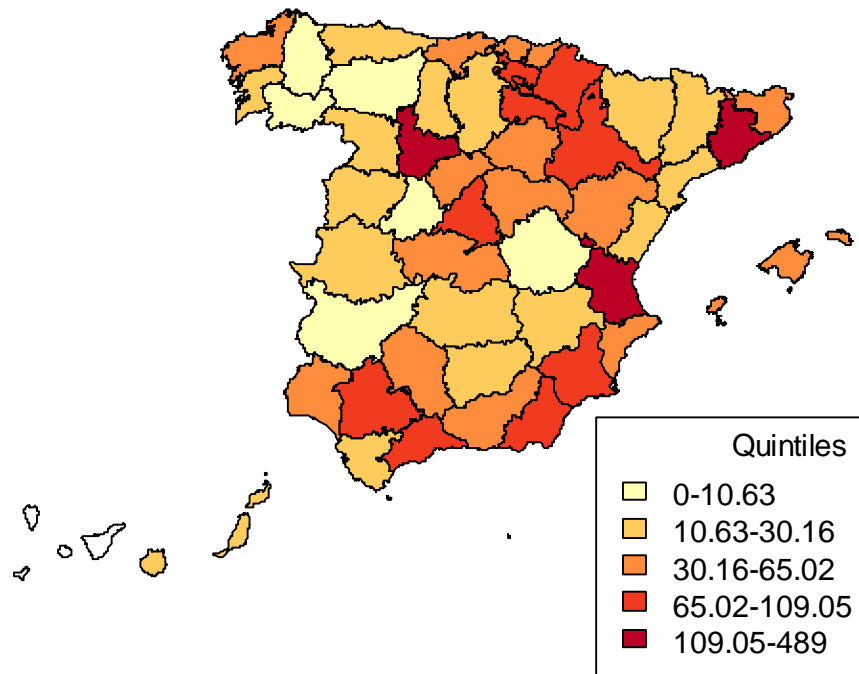
Periodo 1 (1900-1903):



Periodo 1905-1917:



Periodo 1925-1929:



Limitaciones del estudio:

En un principio se decidió no recoger los rangos de edad, debido a la extensión de trabajo que suponía, aunque no se descarta realizarlo con alguna causa de muerte específica. Esto impide realizar análisis de cohortes y por tanto sólo nos permite obtener tasas brutas de mortalidad.

El diferente diseño de las microfichas deja, en ocasiones, una ausencia de ciertos datos. Algunos años recogen ciertas causas de muerte y otras no, algunas provincias quedan olvidadas o incluso existen años en los que no se encontraron las microfichas. También existen problemas a la hora de visualizar ciertos datos.

Bibliografía

¹Bengoa JM. «Historia de la nutrición en salud pública» en Serra-Majem LI, Aranceta J(eds), Nutrición y salud pública. Métodos, Bases científicas y Aplicaciones (Barcelona,2006),pp.52-61.

²Marcelino Pascua. Mortalidad Específica en España en el periodo 1911-1930. Madrid: Comisión Permanente de Investigaciones Sanitarias- Dirección General de Sanidad; 1935.

³Rodríguez Ocaña E, Martínez Navarro F. Salud Pública en España. De la Edad Media al siglo XXI. Escuela Andaluza de Salud Pública.2009

⁴Moreno LA, Sarría A, Popkin BM. The nutritional transition in Spain: an European Mediterranean country. Eur Jour Clin Nutr.2002;56;992-1003.

⁵Cussó X, Garrabou R. La transición nutricional en la España contemporánea: las variaciones en el consumo de pan, patatas y legumbres. Investigaciones de Historia Económica.2007;7:67-100.

⁶Nicolau R, Pujol A. El consumo de proteínas animales en Barcelona entre las décadas de 1830 y 1930: evolución y factores condicionantes. Investigaciones de Historia Económica.2005;3:101-134.

⁷Bernabeu-Mestre J. Introduction: The historical context of the nutritional transition in Spain. Food and History.2008;1(6):119-128.

⁸Jacques Bertillon. Nomenclatura de las enfermedades (Causas de defunciones). 1ªEd. Madrid: Dirección General del Instituto Geográfico y Estadístico; 1899.

⁹Instituto Nacional de Estadística. Manual de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Muerte. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 1951.

